

**Oświadczenie o indywidualnej sytuacji osobistej kandydata na Uczestnika Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2026**

Niniejsze oświadczenie obejmuje indywidualną ocenę sytuacji osobistej, ocenę potrzeb i poziomu samodzielności oraz możliwości uzyskania pomocy od innych osób.

Oświadczenie jest niezbędne przy ubieganiu się o wsparcie usług asystencji osobistej, a uzyskane odpowiedzi pozwolą na weryfikację indywidualnej sytuacji kandydatów a następnie kwalifikację Uczestników do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

1. Dane osobowe kandydata na Uczestnika Programu

.....
(imię i nazwisko kandydata na Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania kandydata na Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....
(wiek)

2. Rodzaj niepełnosprawności (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

- a) niepełnosprawność ruchowa ☐
- b) niepełnosprawność sensoryczna (dysfunkcja wzroku, mowy i słuchu) ☐
- c) niepełnosprawność intelektualna ☐
- d) niepełnosprawność psychiczna ☐
- e) niepełnosprawność neurologiczna ☐
- f) pozostałe ☐ Jak?.....

3. Czy aktualnie jesteś osobą objętą wsparciem w formie usług opiekuńczych (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

TAK ☐ NIE ☐

4. Samoocena w zakresie samoobsługi (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

- a) Czynności związane z utrzymywaniem higieny osobistej wykonuję:
 - samodzielnie ☐
 - z pomocą innej osoby ☐

- całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności – czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐
- b) Czynności związane z korzystaniem z toalety wykonują:
- samodzielnie ☐
 - z pomocą innej osoby ☐
 - całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐
- c) Czynności związane z ubieraniem się wykonują:
- samodzielnie ☐
 - z pomocą innej osoby ☐
 - całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐
- d) Czynności związane z przygotowywaniem i spożywaniem posiłków wykonują:
- samodzielnie ☐
 - z pomocą innej osoby ☐
 - całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐
- e) Czynności związane ze zmianą pozycji ciała np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel wykonują:
- samodzielnie ☐
 - z pomocą innej osoby ☐
 - całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐

5. Samoocena w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego (poła wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

(Nie dotyczy dzieci)

- a) Czynności związane ze sprzątaniem wykonują:
- samodzielnie ☐
 - z pomocą innej osoby ☐
 - całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐
- b) Czynności związane z robieniem zakupów wykonują:
- samodzielnie ☐
 - z pomocą innej osoby ☐
 - całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐
- c) Czynności związane z robieniem prania i prasowaniem wykonują:
- samodzielnie ☐
 - z pomocą innej osoby ☐
 - całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐

6. Samoocena w zakresie poruszania się (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

a) Czynności związane z poruszaniem się wykonuję:

- samodzielnie bez sprzętu ☐
- z użyciem sprzętu pomocniczego ☐ Jakiego?
.....
- z pomocą innej osoby ☐
- całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności -
jestem osobą leżącą ☐

b) Czy masz trudności w poruszaniu się po mieszkaniu:

TAK ☐ NIE ☐

c) Czy masz trudności w poruszaniu się poza miejscem zamieszkania:

TAK ☐ NIE ☐

d) Czy masz trudności z korzystaniem z transportu publicznego:

TAK ☐ NIE ☐

7. Samoocena w zakresie pełnienia ról społecznych i komunikowania się z otoczeniem (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

a) Czy utrzymujesz kontakty społeczne (rodzina, znajomi)?

- tak ☐
- w ograniczonym stopniu ☐
- nie utrzymuję kontaktów ☐

b) Czy uczestniczysz w życiu społecznym i kulturalnym?

- tak ☐
- rzadko ☐
- nie uczestniczę ☐

c) Czy Twoja niepełnosprawność ogranicza samodzielność w kontaktach społecznych?

TAK ☐ NIE ☐

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi tak, proszę wskazać w jaki sposób Twoja niepełnosprawność ogranicza Cię w kontaktach społecznych oraz w jakim zakresie asystent mógłby pomóc :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Możliwość uzyskania wsparcia ze strony rodziny lub innych osób (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):
(Nie dotyczy dzieci)

- a) Jestem osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą:
TAK ☐ NIE ☐
- b) Jestem osobą, która wspólnie zamieszkuje i gospodaruje z osobą nieletnią (która jest moim dzieckiem lub dzieckiem przysposobionym) lub/i z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności)
TAK ☐ NIE ☐
- c) Jestem osobą, która korzysta ze wsparcia rodziny/innych osób:
TAK ☐ NIE ☐

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi tak, proszę wskazać kto udziela Pani/Panu wsparcia, jak często i w jakim zakresie:

.....
.....
.....
.....
.....

Miejscowość....., data.....

.....
(podpis kandydata na Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)